

- 10.1038/nrendo.2017.151.
3. **Cho and R. A. K.** Possomato-Vieira, José S. and Khalil, "乳鼠心肌提取 HHS Public Access," *Physiol. Behav.*, vol. 176, no. 1, pp. 139–148, 2016, doi: 10.1007/s40273-019-00775-8. Estimating.
 4. **Nguyễn Thị Phương Lan, Hoàng Minh Nam,** "độ thỏa dụng về sức khỏe của bệnh nhân tiểu đường tuýp 2," *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 472, số tháng 11, .
 5. **J. E. Brazier and J. Roberts,** "The estimation of a preference-based index from the SF-12.," *Med. Care*, vol. 42, no. 9, pp. 851–859, 2004.
 6. **D. Laghousi, F. Rezaie, M. Alizadeh, and M. A. Jafarabadi,** "The eight-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of its Persian version in diabetic adults," *Casp. J. Intern. Med.*, vol. 12, no. 1, pp. 77–83, 2021, doi: 10.22088/cjim.12.1.77.
 7. **A. A. Kiadaliri, U. G. Gerdtham, B. Eliasson, S. Gudbjörnsdottir, A. M. Svensson,** and K. S. Carlsson, "Health utilities of type 2 diabetes-related complications: A cross-sectional study in Sweden," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 11, no. 5, pp. 4939–4952, 2014, doi: 10.3390/ijerph110504939.
 8. **V. B. Prajapati, R. Blake, L. D. Acharya, and S. Seshadri,** "Assessment of quality of life in type II diabetic patients using the modified diabetes quality of life (MDQOL)-17 questionnaire," *Brazilian J. Pharm. Sci.*, vol. 53, no. 4, pp. 1–9, 2017, doi: 10.1590/s2175-97902017000417144.
 9. "Ann Acad Med Singap 2004 Robinson." pp. 1–2, 2004.
 10. **A. K. Abualhommos, A. H. Alturaifi, A. M. A. Bin Hamdhah, H. H. Al-Ramadhan, Z. A. Al Ali, and H. J. Al Nasser,** "The Health-Related Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes in Saudi Arabia," *Patient Prefer. Adherence*, vol. 16, no. May, pp. 1233–1245, 2022, doi: 10.2147/PPA.S353525.

LÁC TRONG ĐIỀU TIẾT MỘT PHẦN: ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Thị Hồng Ngọc¹, Nguyễn Đức Anh², Nguyễn Văn Huy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét những đặc điểm lâm sàng của lác trong điều tiết một phần do viễn thị và đánh giá kết quả điều trị bằng chỉnh khúc xạ và phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân (BN) lác trong điều tiết một phần khám tại Bệnh viện Mắt trung ương từ tháng 7/2020 đến tháng 5/2022. **Kết quả:** Tuổi xuất hiện lác ở những BN này trung bình là 2,5 tuổi, độ viễn thị trung bình là +4,10D, tỷ lệ nhược thị là 86,7%. Thị lực và thị giác hai mắt cải thiện rõ sau đeo kính và tập luyện nhược thị (chỉ còn 32,9%, độ lác ổn định sau khi đeo kính. Phẫu thuật độ lác không điều tiết còn tồn dư sau đeo kính đạt kết quả tốt với độ lác trung bình khi đeo kính là 3,03 PD. **Kết luận:** Lác trong điều tiết một phần xuất hiện sớm có khúc xạ viễn thị cao và đa số có nhược thị. Điều trị lác sớm có tác dụng tốt đối với phục hồi thị lực và thị giác hai mắt.

Từ khóa: lác trong điều tiết một phần, viễn thị, lác điều tiết

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PARTIALLY ACCOMMODATIVE ESOTROPIA AND OUTCOME OF TREATMENT

Purpose: Evaluation of clinical characteristics of

partially accommodative esotropia and outcome of treatment. **Methods:** Cross-sectional descriptive study in 30 patients with partially accommodative esotropia seen at the National Institute of Ophthalmology during July 2020 to May 2022. **Results:** Average age of development of partially accommodative esotropia was 2.5 years, average amount of hypermetropia was +4.10D, amblyopia percentage was 86.7%. Visual acuity and binocular vision were improved with hypermetropic correction and amblyopia treatment (only 32.9%, stable strabismus after wearing glasses. Residual strabismus surgery after refractive correction achieved good results with average strabismus when wearing glasses of 3.03 PD. **Conclusion:** The majority of hypermetropic accommodation esotropia develops at an early age with high hypermetropia and amblyopia. Early treatment with hypermetropic correction and treatment of amblyopia improve visual function and binocular balance.

Keywords: hypermetropic, accommodative esotropia, partially accommodative esotropia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lác trong điều tiết một phần là hình thái lác mà độ lác giảm một phần khi loại bỏ yếu tố điều tiết¹. Lác trong điều tiết một phần ở trẻ em thường có nguyên nhân: viễn thị có nghĩa là mắt phải điều tiết quá mức để có thể nhìn rõ vật ở gần. Độ tuổi xuất hiện lác thường từ 1 đến 3 tuổi, có thể sớm hơn hoặc muộn hơn. Độ viễn thị trung bình theo Bo Young Chun khoảng 3.50±2.02², những trường hợp viễn thị cao +8 - > +9D ít gây ra lác trong điều tiết hơn. Độ lác khi nhìn xa và nhìn gần sau khi liệt điều tiết hoặc

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Hà Nội

³Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Ngọc

Email: ngocbang0508@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022

sau khi đeo kính chỉnh tật khúc xạ thường xấp xỉ nhau (tỷ số AC/A bình thường). Để phát hiện được lác trong điều tiết một phần do viễn thị cần phải đánh giá khúc xạ (mức độ viễn thị), độ lác nhìn xa và nhìn gần sau khi làm liệt điều tiết bằng thuốc tra mắt Cyclogyl hoặc Atropin. Nhược thị thường do BN không được đeo kính viễn thị hoặc do mức độ viễn thị hai mắt không bằng nhau. Điều trị lác trong điều tiết một phần do viễn thị bao gồm chỉnh kính viễn thị tối đa, phục hồi thị lực ở mắt nhược thị và phẫu thuật độ lác còn lại nếu độ lác tồn dư >10PD¹. Ở Việt Nam, cho đến nay có rất nhiều đề tài nghiên cứu về lác nhưng chưa có một báo cáo nào tìm hiểu sâu về lác trong điều tiết một phần. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm mục đích:

- Nhận xét đặc điểm lâm sàng của lác trong điều tiết một phần
- Đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật lác trong điều tiết một phần

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN trên 3 tuổi, khám tại Bệnh viện mắt TW từ tháng 7/2020 đến tháng 5/2022.
- Có lác trong, độ lác giảm sau khi rỏ thuốc liệt điều tiết.
- BN có điều kiện theo dõi định kỳ ít nhất trên 3 tháng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những BN lác trong điều tiết do tỷ lệ AC/A cao (độ lác khi nhìn xa và khi nhìn gần sau khi liệt điều tiết không tương đương nhau)
- Những BN lác trong có viễn thị mà độ lác không thay đổi sau khi tra thuốc liệt điều tiết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiến cứu, không có nhóm chứng.
- Cỡ mẫu: n = 30 BN

2.3. Cách thức tiến hành: BN được thăm khám và điều trị theo trình tự các bước như sau:

- Khai thác tiền sử và bệnh sử
- Đánh giá chức năng thị giác: thị lực, tình trạng thị giác hai mắt (có hay không, đánh giá ở 3 mức độ: đồng thị, hợp thị, phù thị)
- Khám vận nhãn, định thị
- Đánh giá độ lác nhìn xa (độ lác khi BN nhìn vào vật tiêu ở cách mắt 5m), độ lác nhìn gần (độ lác khi BN nhìn vào vật tiêu ở cách mắt 35cm) trước và sau khi dùng thuốc tra mắt liệt điều tiết.
- Khám các hội chứng kèm theo: A, V,...
- Đánh giá khúc xạ
- Đánh giá thị lực sau khi chỉnh khúc xạ viễn thị.

- Điều trị cho từng trường hợp:
 - Đeo kính chỉnh viễn thị
 - Phục hồi thị lực cho mắt nhược thị bằng cách bịt mắt hoặc tra thuốc Atropin 0,5% vào mắt có thị lực tốt hơn và tập luyện mắt nhược thị.
 - Phẫu thuật lác trong điều tiết cục bộ, thị lực hai mắt tương đương nhau.

2.4. Các phương tiện sử dụng

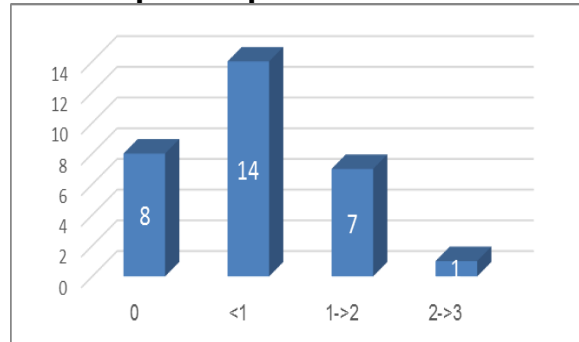
- Bảng thị lực (bảng Landolt, hoặc bảng hình), hộp thử kính, lăng kính
- Đèn soi bóng đồng tử hình khe
- Máy Synoptophore
- Đèn soi đáy mắt
- Thuốc liệt điều tiết: Atropin 0,5%

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm BN.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, nam chiếm tỷ lệ 36,7%, nữ chiếm tỷ lệ 63,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Trong số 30 BN, lác được phát hiện ở tuổi 1 đến 5, trung bình là 2,50 ± 1,167. Tuổi xuất hiện lác ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Bo Young Chun² và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hye Rim Choe³ (3,8±2,3).

3.2. Độ viễn thị



Biểu đồ 1. Mức độ lệch khúc xạ giữa 2 mắt

Nhận xét: Mức độ lệch khúc xạ giữa 2 mắt rất khác nhau, chỉ có 26,7% trường hợp không lệch khúc xạ, 46,6 % lệch khúc xạ dưới +1D, 26,7% lệch khúc xạ từ +1 đến +2D là 23,4% và 3,3% lệch khúc xạ từ +2D đến +3D.

Như vậy viễn thị lệch khúc xạ cũng là một đặc điểm hay gặp ở những BN lác trong điều tiết do viễn thị. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của các tác giả Eileen⁵, David⁶.

Bảng 1. Mức độ viễn thị (khúc xạ tương đương cầu)

Độ viễn thị	Mắt phải		Mắt trái	
	Số lượng	%	Số lượng	%
< +3	7	23.3%	8	26,7%

+3 -> +6	18	60 %	17	56,6%
>+6	5	16,7%	5	16,7%

Nhận xét: Mức độ viễn thị trung bình ở 30 BN là +4,1 D, trong đó độ viễn mắt phải (MP) từ +2,00 D đến +9.50D trung bình là +4,15D và độ viễn mắt trái (MT) thay đổi từ +2D đến +9,00D trung bình là +4,05 D. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của tác giả Shin Yeop Oh⁴, Hye Rim Choe³.

Mức độ viễn thị từ +3D đến +6D chiếm tỷ lệ cao nhất 60% ở MP và 56,6% ở MT.

3.3. Tình trạng thị lực

Bảng 2. Thị lực mắt lác trước điều trị

Thị lực	Không kính		Có kính	
	MP	MT	MP	MT
Thị lực ≥ 20/25 Không nhược thị	0	1	4	2
Thị lực 20/30 – 20/80 Nhược thị nhẹ	20	21	25	25
Thị lực 20/100–20/160 Nhược thị trung bình	9	5	1	2
Thị lực ≤ 20/160 Nhược thị nặng	1	3	0	1
Tổng số	30	30	30	30

Nhận xét: Thị lực không kính nhìn chung kém, không có BN nào có thị lực MP ở mức trên 20/25, 3,3% (1 BN) có thị lực MT trên 20/25, có tới 66,7% (21 BN) có thị lực MP và 70% (20 BN) có thị lực MT ở mức 20/30 đến 20/80. Có 33,3% (10 BN) có MP và 26,7% (8 BN) có nhược thị từ trung bình đến nặng (thị lực < 20/100). Ở mức dưới 20/100 sau khi đeo kính thị lực có được cải thiện nhưng không nhiều, 13,3% (4 BN) có thị lực MP ở mức trên 20/25 như vậy là tới 86,7% trường hợp bị nhược thị MP, và 6,7% (2 BN) có thị lực MT ở mức trên 20/25 như vậy là có 93,3% trường hợp bị nhược thị MT.

Tỉ lệ nhược thị trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của các tác giả Hye Rim Choe³ là 40,2%, Alan⁶ là 61,2%. Điều này có thể do BN của chúng tôi được khám và điều trị muộn nên mức độ nhược thị nặng nề hơn.

3.4. Độ lác

Bảng 3. Độ lác trước và sau đeo kính

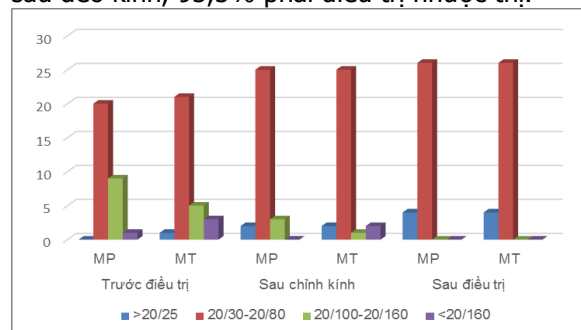
Độ lác (điốp lằng kính)	Không kính		Có kính	
	Nhìn gần	Nhìn xa	Nhìn gần	Nhìn xa
10Δ- 30Δ	1	1	14	12
>30Δ -45Δ	10	9	14	16
>45Δ - 60 Δ	6	8	2	2
>60 Δ	13	12	0	0
Tổng số	30	30	30	30

Nhận xét: Trong 30 BN có 3,3% trường hợp độ lác gần khi không đeo kính <30D lằng kính,

có 56,7% có độ lác gần khi không đeo kính ở mức 30 đến 60D lằng kính và có 40% trường hợp có độ lác khi không đeo kính >60D lằng kính. Khi BN được đeo kính thì không còn BN nào có độ lác >60D lằng kính, 46,7% (14 trường hợp) có độ lác <30D lằng kính khi đeo kính nhìn gần và 53,3% có độ lác <30D lằng kính khi nhìn xa. Độ lác trung bình khi nhìn gần và nhìn xa trước khi đeo kính gần bằng nhau lần lượt là 50,17± 10,38PD và 51 ± 10,62PD. Độ lác trung bình khi nhìn gần và nhìn xa sau khi đeo kính cũng gần tương tự nhau lần lượt là 35 ± 8,76PD và 33,5±8,35 PD. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Dong HyunKim¹ và độ lác trung bình lớn hơn so với nghiên cứu của Kyle Arnoldi⁷.

3.5. Một số đặc điểm khác. Tình trạng thị giác hai mắt ở BN nghiên cứu được đánh giá, 66,7% trường hợp có thị giác hai mắt và có 33,3% không có thị giác hai mắt. Kết quả của chúng tôi thấp hơn tác giả Sudhi P⁸. Có tới 30% (9 BN) có kèm theo hội chứng chữ V và có quá hoạt cơ chéo bé ở các mức độ (1+ đến 3+). Không có BN nào có hội chứng chữ A.

3.6. Điều trị và theo dõi. Sau khi đánh giá khúc xạ, độ lác và một số chức năng thị giác, chúng tôi thấy rằng 100% BN cần đeo kính chỉnh tật khúc xạ và phẫu thuật để xử lý độ lác tồn dư sau đeo kính, 93,3% phải điều trị nhược thị.



Biểu đồ 2. Thị lực sau điều trị

Nhận xét: Theo dõi thị lực sau khi đã được chỉnh tật khúc xạ, tập nhược thị và phẫu thuật qua các giai đoạn 1tháng, 3 tháng, chúng tôi thấy thị lực được cải thiện một cách rõ rệt, ở lần khám 1 sau khi đeo kính chỉ có 16,7% (2 BN) thị lực MP ở mức trên 20/25 và 6,7% (2 BN) thị lực MT ở mức trên 20/25, có 10% (3 BN) thị lực MP ở mức 20/100-> 20/160 và 10% (3 BN) thị lực MT dưới 20/100 (nhược thị trung bình đến nặng), trong đó có 1 BN có thị lực < 20/160. Qua 3 tháng điều trị nhược thị, và phẫu thuật thị lực MP và MT tăng, không còn BN nào nhược thị từ trung bình đến

nặng, có 13,3% (4BN) có thị lực MP >20/25, có 6.7% (2BN) có thị lực MT >20/25.

Độ viễn thị của BN theo dõi trong 3 tháng không có sự biến đổi so với trước điều trị.

Bảng 4: Thị giác 2 mắt trước và sau phẫu thuật

Thời gian		Sau đeo kính và tập nhược thị		Sau 1 tháng phẫu thuật		Sau 3 tháng phẫu thuật	
		n	%	n	%	n	%
CÓ TG2M	Đồng thị	10	33,3%	8	26,7%	9	30 %
	Hợp thị	9	30%	11	36,6%	10	33,3%
	Phù thị	2	6,7%	5	16,7%	6	20%
Không có TG2M		9	30%	6	20%	5	16,7%
Tổng số		30	100%	30	100%	30	100%

Tình trạng thị giác hai mắt được cải thiện đáng kể sau điều trị, sau 3 tháng tăng từ 70% lên 83,3% trường hợp có thị giác hai mắt, điều này có thể do thị lực của BN được cải thiện sau quá trình điều trị nhược thị.

Bảng 5. Độ lác tồn dư sau phẫu thuật

Độ lác tồn dư sau phẫu thuật (điop lạng kính)	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt: độ lác <± 5	18	60%
TB: độ lác từ ± 5 đến ±10	12	40%
Kém: Độ lác >± 10	0	0%
Tổng số	30	30

Sau điều trị chỉnh kính và phẫu thuật, độ lác tồn dư trung bình 3,03 PD, trong đó nhóm có kết quả điều trị tốt lên tới 60% (18BN), kết quả điều trị trung bình 40% (12BN) và không có BN nào có kết quả điều trị chỉnh lác kém. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Kyle Arnoldi⁷. Những trường hợp có độ lác tồn dư từ ± 5 đến ±10PD có thể có nguyên nhân BN còn nhỏ tuổi, phối hợp kém nên độ lác đo không chính xác hoàn toàn hoặc số kính của bệnh nhân đeo chưa đủ để loại bỏ hết yếu tố gây điều tiết. Tuy nhiên, độ lác tồn dư <10PD không ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ của BN, vì vậy chúng tôi không xem xét phẫu thuật bổ sung.

IV. KẾT LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của BN lác trong điều tiết một phần. Tuổi trung bình xuất hiện lác là 2,5 tuổi. Độ viễn trung bình là +4,10D. Mức độ nhược thị thường nặng. Thị giác hai mắt sau 3 tháng, mắt thường có ở mức độ có TG2M. Có thể kèm theo hội chứng chữ V, quá hoạt chéo bé.

4.2. Điều trị lác trong điều tiết một phần. Bước đầu tiên phải đeo kính viễn thị tối

đa, điều trị nhược thị và phẫu thuật cho độ lác còn tồn dư phải được tiến hành sớm và cần theo dõi chặt chẽ tình trạng thị lực của BN. Việc điều trị sớm mang lại sự cải thiện rõ rệt chức năng thị giác cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Long-term surgical outcomes of preoperative prism adaptation in patients with partially accommodative esotropia - PubMed.** Accessed September 19, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32678351/>
- 2. Chun BY, Kwon SJ, Chae SH, Kwon JY.** Reduction of Deviation Angle During Occlusion Therapy: In Partially Accommodative Esotropia with Moderate Amblyopia. Korean J Ophthalmol. 2007;21(3):159-162. doi:10.3341/kjo.2007.21.3.159
- 3. Choe HR, Yang HK, Hwang JM.** Long-term outcomes of prismatic correction in partially accommodative esotropia. PLoS One. 2019;14(12):e0225654. doi:10.1371/journal.pone.0225654
- 4. Oh SY, Lee JY, Park KA, Oh SY.** Long-Term Changes in Refractive Error and Clinical Evaluation in Partially Accommodative Esotropia after Surgery. PLoS One. 2016;11(12):e0166695. doi:10.1371/journal.pone.0166695
- 5. Risk factors for accommodative esotropia among hypermetropic children - PubMed.** Accessed September 19, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15671278/>
- 6. Outcome in refractive accommodative esotropia - PMC.** Accessed September 19, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1723536/>
- 7. Long-term surgical outcome of partially accommodative esotropia - PubMed.** Accessed September 19, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21149060/>
- 8. Kurup SP, Barto HW, Myung G, Mets MB.** Stereoacuity outcomes following surgical correction of the nonaccommodative component in partially accommodative esotropia. J AAPOS. 2018; 22(2):92-96. doi:10.1016/j.jaapos.2017.12.003